

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 49

BOTRYOMYCOSE

DE

LA JOUE ET DES LÈVRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 décembre 1935

PAR

Arsène-Joseph KERSAUDY

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BOURBRIAC (Côtes-du-Nord), le 9 mai 1910

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur Président
ANDÉRODIAS, professeur
PÉRY, professeur Juges.
FAUGÈRE, agrégé

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1935



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 49

BOTRYOMYCOSE

DE

LA JOUE ET DES LÈVRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 16 décembre 1935

FAR

Arsène-Joseph KERSAUDY

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BOURBRIAC (Côtes-du-Nord), le 9 mai 1910

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur.....

ANDÉRODIAS, professeur.....

PÉRY, professeur.....

FAUGÈRE, agrégé.....

Président

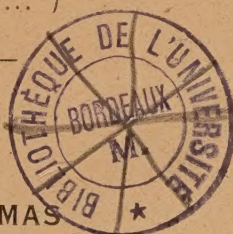
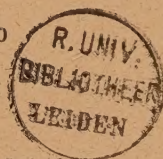
Juges.

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSEN, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	C. SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. co. oniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et dentologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et l'us. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Ob. tétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DE GRAILLY.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	WANGERMEZ.
Accouchements.....	RIVIÈRE.	Botanique.....	GIRARD.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Médecine légale.....	DERVILLEE.
Puériculture.....	FAUGÈRE.	Bactériologie.....	MOUREAU.
Pharmacie chimique.....	VITTE.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE — A MON PERE

Avec mon affection et ma gratitude.

A MA FEMME

A MA SOEUR

A MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.

BOTRYOMYCOSE

DE

LA JOUE ET DES LÈVRES

INTRODUCTION ET DEFINITION

Poncet et Dor introduisirent les premiers, en pathologie humaine, le terme de botryomycome pour désigner une petite tumeur pédiculée siégeant surtout sur les parties découvertes, et cela parce qu'ils crurent que cette néoformation était due à un champignon : le botryomycès.

Or cette théorie mycosique se trouva réfutée par la suite. Le botryomycès ne fut plus jamais observé. Le terme de botryomycome est donc impropre; cependant nous le conserverons, car il est classique.

Le botryomycome est une néoformation bénigne, de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, apparaissant principalement sur les parties découvertes à la suite d'un traumatisme plus ou moins évident. Production dermique très vasculaire, sorte de granulome télangiectasique à tendance fibreuse, frambésiforme, rouge vif, pédiculée et hémorragique; elle n'a aucun retentissement ganglionnaire.

Sur ce sujet si fouillé, nous n'avons pas la prétention de faire un ouvrage très original, mais simplement une sorte de synthèse des travaux publiés jusqu'à ce jour et, si possible, d'en tirer quelques conclusions relatives à la botryomycose de la joue et des lèvres.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Au point de vue étiologique et pathogénique, les botryomycomes de la joue et des lèvres ne peuvent différer des autres botryomycomes, si ce n'est par leur rareté relative.

FRÉQUENCE. — Le botryomycome des lèvres représente environ 9 p. 100 des cas, et celui de la joue 3 p. 100.

SIÈGE. — Le botryomycome des lèvres peut se localiser soit à la lèvre inférieure, soit à la lèvre supérieure ou aux commissures.

La localisation à la lèvre inférieure, à sa partie moyenne ou à ses extrémités, et principalement au niveau de sa face muqueuse, est la plus fréquente. Sur les 31 observations de botryomycose des lèvres collationnées par nous, 28 occupent la lèvre inférieure. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, la localisation à la lèvre supérieure : 2 cas (obs. XXIV et XXX), puis aux commissures : 1 cas (obs. I, commissure gauche).

Quant au botryomycome de la joue, toutes nos observations le localisent à la face épidermique. Cependant, n'y aurait-il pas lieu de rapprocher du botryomycome les polypes de la face interne des joues, observés par Sabrazès. Par leur forme, leur unicité, leur volume, leur évolution, ainsi que par leur description histologique, ils rappellent le botryomycome (thèse de Guitard, Bordeaux, 1895).

AGE ET SEXE. — Le botryomycome se voit à tout âge, mais c'est incontestablement chez l'adulte qu'on le rencontre le plus souvent.

•Quant au sexe, il ne semble jouer aucun rôle, si ce n'est au point de vue de causes générales, comme la grossesse,

laquelle paraît exaspérer le processus néoplasique (Verdelet et Rivière).

CAUSES EXTERNES. — Elles sont parmi les facteurs étiologiques les plus importants. En effet, à l'origine du botryomycome, il est presque toujours observé un traumatisme quelconque : piquûre, coupure, pénétration de corps étrangers, fissure, etc. Et cette origine traumatique nous paraît devoir fournir l'explication de la localisation plus fréquente du botryomycome à la lèvre inférieure : celle-ci est en contact permanent avec le tranchant des incisives supérieures, qui peuvent y déterminer, surtout si elles sont en mauvais état, de minimes ulcérations ou une irritation continuelle, favorisant soit la pénétration des germes, soit le développement d'un processus tumoral. Signalons aussi les morsures très fréquentes de la lèvre inférieure, ainsi que les coupures de rasoir. Notons encore l'irritation produite par l'abus de l'alcool ou du tabac, ou par la présence de petits corps étrangers (échardes).

AGENTS PATHOGÈNES. — Poncet et Dor, en 1897, soutinrent la nature mycosique du botryomycome, théorie qui n'a plus de partisans aujourd'hui. Dès 1899, Sabrazès et Laubie mirent en doute la spécificité de la botryomycose. Cependant, par la suite, ces productions pédiculées furent tour à tour considérées comme dues aux agents pathogènes les plus divers : amibe, staphylocoque, botryocoque, spirilles, virus filtrant.

Mais, vraisemblablement, tous ces agents ne sont que des germes d'infection secondaire, et le germe le plus souvent rencontré est certainement le staphylocoque, microbe banal par excellence. De plus, l'identification du botryocoque ou du staphylocoque dans les parties superficielles et non dans le pédicule, point de départ des récidives, ainsi que l'impossibilité de reproduction de la tumeur par inoculation, font douter du rôle spécifique de ces deux germes.

Il semble donc que l'on puisse conclure, avec Spire, que le botryomycome n'est « qu'un bourgeon charnu, différent

des autres bourgeons par des caractères accessoires n'empêchant pas l'identité de nature. Les microbes que l'on y rencontre, qui sont d'ailleurs des microbes d'infection banale, provoquent la suppuration habituelle du botryomycome. Quant au tissu conjonctif abondant, dont on a voulu faire un élément de différenciation, il ne faut pas oublier qu'il existe des cicatrices bien exubérantes. De même, les bourgeons charnus sont eux aussi bien vascularisés. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans un article de la *Revue française de dermatologie et de vénéréologie* d'avril 1926, L. Périn précise les caractères histologiques et établit le type anatomique du botryomycome :

« *A la coupe*, la tumeur apparaît luisante et vernissée; sur la surface de section, on aperçoit, à l'œil nu, des lacunes de nombre et d'étendue variables, réalisant un véritable aspect spongieux. La coupe est plus ou moins dure, suivant qu'il existe plus ou moins de tissu fibreux, et la consistance varie suivant les points, le tissu fibreux étant lui-même inégalement réparti. Du pédicule sort un stroma fibreux dense qui envoie des ramifications divergentes à l'intérieur de la tumeur; ces ramifications, de densité variable, se divisent irrégulièrement en arborisations terminales ou s'enchevêtrent en tourbillons jusqu'à la périphérie de la tumeur.

» *Histologiquement*, le botryomycome présente la structure d'un bourgeon charnu angiomateux. Il est essentiellement constitué par deux ordres d'éléments :

» 1° *Des dilatations vasculaires néoformées*, se présentant sous forme de lacunes arrondies, ovalaires ou allongées, de dimensions variables, disséminées dans toute l'étendue de la tumeur. Elles sont tapissées d'une couche endothéliale et renferment souvent, à leur intérieur, des globules sanguins.

» 2° Un tissu cellulo-fibreux embryonnaire, irrégulièrement réparti dans l'intervalle des vaisseaux. Il comprend lui-même deux variétés d'éléments :

» a) Des fibres conjonctives entrecroisées avec quelques cellules conjonctives et quelques rares fibres élastiques;

» b) Des cellules rondes de nature inflammatoire, constituées par des plasmazellen, des mononucléaires et des polynucléaires à granulations neutrophiles, éosinophiles ou basophiles. Le tissu conjonctif réalise par places d'épaisses travées dans l'intervalle des vaisseaux. En d'autres points, les cellules inflammatoires prédominent, et les cavités vasculaires sont entourées d'une abondante prolifération leucocytaire où l'on trouve éparses quelques rares fibrilles conjonctives.

» L'infiltration leucocytaire peut être telle qu'elle donne à la lésion l'apparence d'un véritable granulome, d'où le nom de granulome télangiectasique qui lui a été attribué par Kuttner. La surface de la tumeur est recouverte dans sa totalité d'une couche fibrineuse épaisse renfermant des globules sanguins, des leucocytes, des cocci. Sous cette couche fibrineuse, le revêtement épidermique fait défaut, sauf en de rares cas, où il est réduit à quelques assises de cellules, et dans le fond des scissures, où il est, d'ordinaire, respecté dans sa totalité.

» Le pédicule est constitué par un tissu fibreux dense, disposé sous forme de tractus irréguliers ou de tourbillons, dans l'intervalle desquels apparaissent quelques dilatations vasculaires. Il est généralement recouvert d'un épiderme aminci qui s'arrête au niveau de sa limite supérieure et n'empiète que très légèrement sur la surface de la tumeur. »

Nous remarquerons, dans ces tumeurs, la présence de mastzellen, d'éosinophiles et de cellules plasmatiques.

Les mastzellen peuvent dériver de divers éléments du tissu conjonctif, ainsi que des cellules adventives. Elles ont une fonction de nutrition et de réserve nutritive.

Les éosinophiles proviennent de la moelle osseuse, des grands lymphocytes ou d'éléments lymphocytoïdes. La genèse locale d'éosinophiles renforce les processus de défense et les rend sans doute plus efficaces.

Les plasmazellen auraient un rôle de défense. Elles assimileraient les produits nuisibles aux tissus ou bien sécrè-

teraient une substance apte à neutraliser ces produits (Greggio).

Cependant la constitution histologique du botryomycome n'est pas assez systématisée pour qu'on ne puisse en distinguer plusieurs types. « Si la richesse vasculaire existe presque toujours, la variété des cellules qui constituent la tumeur elle-même est extrême, qu'il s'agisse de cellules rondes, de plasmazellen, de cellules géantes, de tubes glandulaires. » (Pouzin.)

Avec Torlais, nous distinguerons neuf variétés histologiques :

1^{re} CATÉGORIE : *Angiofibromatosé*. — Tumeurs ayant la structure angiofibromateuse, avec plus ou moins d'infiltration leucocytaire, polynuclées et lymphocytes. Le tissu qui les constitue présente un aspect radié du centre vers la périphérie. Entre ces bandes fibreuses, on voit de nombreux vaisseaux, tous ayant des parois propres. L'évolution fibreuse est telle que si l'on ne trouvait des foyers de cellules plasmatiques, véritables plasmones à cellules denses, on pourrait croire à un vrai fibrome.

2^e CATÉGORIE : *Angiofibromatose infectée*. — Même structure histologique que la variété précédente, avec, en plus, des microbes à la périphérie : staphylocoques, mastzellen et éosinophiles.

3^e CATÉGORIE : *Fibro-adénose sudoripare*. — Tumeur ayant encore la structure d'angiofibrome, mais, en plus, on trouve des éléments glandulaires, vésicules adipeuses.

4^e CATÉGORIE : *Granulomatose à tendance fibreuse*. — Tumeurs formées de tissu conjonctif jeune avec nombreux vaisseaux, souvent encore incomplètement formés. Infiltration très marquée de toute la préparation de polynuclées et de lymphocytes. On retrouve des éléments glandulaires, mais d'une façon non constante, amas microbiens dans les couches périphériques. Mastzellen et éosinophiles. Cellules plasmatiques non constantes.

5^e CATÉGORIE : *Bourgeons charnus fibro-muqueux, télangiectasiques, lymphangiectasiques et œdémateux.* — Polynucléés. Lymphocytes. Quelques éosinophiles. Mastzellen et cellules plasmatiques non constantes.

6^e CATÉGORIE : *Granulomatose avec lymphocytose locale très marquée.* — Type spécial au cuir chevelu.

7^e CATÉGORIE : *Botryomycome avec cellules géantes* (forme sarcoïde). — A ce propos, Torlais rappelle que l'on trouve des cellules géantes non tuberculeuses dans le chalazion, qui peut présenter parfois les plus grandes analogies avec le botryomycome.

8^e CATÉGORIE : *Plasmones.* — Type de néoplasies inflammatoires des gencives ayant les caractères du botryomycome et constituées presque uniquement par des cellules plasmatiques. Polynucléés à la périphérie; éosinophiles abondants; peu de mastzellen.

9^e CATÉGORIE : *Botryomycome à forme pseudo fibro-sarcomateuse.* — Tumeurs constituées par des cellules conjonctives avec figures de karyokinèse des plus nettes, par des vaisseaux nombreux, néoformés pour la plupart, et contenant beaucoup de polynucléés; avec cela plasmocytes mastzellen et éosinophiles abondantes. Enfin, on y retrouve des cellules fusiformes groupées en îlots entourés par du tissu fibreux. Au centre de ces îlots, il y a souvent un vaisseau. Ces tumeurs peuvent bien être appelées pseudo-sarcomes inflammatoires. La constitution histologique de ces tumeurs est très voisine de celle des sarcomes vrais, mais on ne note ni récurrence ni généralisation.

D'où provient donc ce polymorphisme anatomique du botryomycome ? Il semble qu'on doive le rapporter à la localisation de la tumeur et que son siège paraisse être le facteur le plus important capable d'influencer le déterminisme de sa variété histologique et de son type particulier. Il est en effet de toute évidence que la néoformation devra composer avec les tissus dont elle procède.

Par exemple dans le cas de botryomycome des lèvres, qui nous intéresse particulièrement, nous noterons l'extrême vascularisation et le caractère hémorragique; et dans le cas de botryomycome de la joue, du tissu adipeux et des glandes sudoripares, particularités que nous ne trouverons jamais aux lèvres.

Il est donc assez facile de voir que de botryomycome des lèvres peut appartenir aux variétés I, II, IV, V et IX; celui des joues aux variétés I, II, III, IV, V et IX; et, si l'on considère les polypes de la face interne des joues, à la variété VIII.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

I. — *Signes.*

DÉBUT. — Le botryomycome apparaît, généralement un ou deux mois après le traumatisme, mais la période d'incubation peut varier de quelques jours (Duvergey) à six et huit ans.

PÉRIODE D'ÉTAT. — La *forme* ordinaire et sa *grosseur* sont celles d'une framboise, nettement séparée des tissus environnants, mais elles peuvent varier de la grosseur d'un grain de mil (Torlais) à celle d'une mandarine.

Généralement *unique*, sa *coloration* est rouge vif ou violacée, sa *surface* est mamelonnée et recouverte d'un mince épithélium si la tumeur n'est pas infectée. En effet, sous l'influence de chocs minimes, la surface s'ulcère, d'où production d'hémorragies à répétition, mais aussi la tumeur s'infecte et suppure dans la zone superficielle. Par suite de ces hémorragies et de cette infection, l'épithélium disparaît et la petite tumeur se recouvre de croûtelles verdâtres ou brunâtres, croûtelles, d'ailleurs peu adhérentes. La *consistance* est ferme, différente donc de la mollesse des bourgeons charnus.

Frambæsiforme, hémorragique, croûteux, le botryomycome a encore pour caractère essentiel d'être pédiculé. Le pédicule, plus ou moins évident, s'insère dans le derme à travers une boutonnière de l'épiderme. La collerette d'épiderme l'entourant est rouge, enflammée, et même parfois douloureuse, du fait de la macération et de la suppuration locale.

Pas de lymphangite ni d'engorgements ganglionnaires.

La gêne fonctionnelle est minime et variable avec le siège du botryomycome; l'indolence est absolue; seules les hémorragies peuvent constituer un symptôme de gravité.

L'évolution du botryomycome est toujours bénigne; la guérison spontanée a même été observée.

Suivant son aspect extérieur et la prédominance de tel ou tel caractère, on peut distinguer, avec Pouzin, plusieurs formes cliniques de botryomycome :

la *forme angiomateuse*, fréquente aux lèvres, hémorragique;

la *forme verruqueuse*, possédant une carapace masquant la tumeur;

la *forme papillomateuse*, plus douloureuse;

la *forme chancriforme*.

Néanmoins, toutes ces formes possèdent les caractères objectifs fondamentaux du botryomycome, ce qui permet de les identifier.

II. — *Diagnostic.*

Il est évident que dans sa forme typique, le botryomycome ne peut guère être confondu avec d'autres lésions; cependant, parfois, il peut s'écarter du type classique, et d'autres affections peuvent prendre le masque du botryomycome. Parmi celles-ci, signalons :

— L'*épithélioma*, différent par sa consistance ligneuse, l'absence de pédicule, l'existence d'un bourrelet périphérique reposant sur une base indurée, son retentissement ganglionnaire et son évolution;

— L'*angiome*, généralement accompagné de *nævi* et sans croûtelles;

— Les *bourgeons charnus*, poussant sur les plaies (au contraire du botryomycome qui siège généralement sur la peau saine), mollasses, résistant mal aux caustiques;

— Le *chancre syphilitique* : adénopathies, pas d'hémorragie;

— Le *panaris* : diagnostic impossible au début.

Il est donc relativement facile de faire le diagnostic de botryomycome; cependant, du fait que certaines tumeurs peuvent en avoir l'aspect, pour affirmer le diagnostic, il faudra le compléter par un examen histo-pathologique de la néoformation.

TRAITEMENT

I. — *Traitement chirurgical.*

L'excision chirurgicale est certainement un traitement simple et pratique du botryomycome, et Lenormand a fait à ce sujet une recommandation capitale : « la récurrence est de règle après la simple section du pédicule; il faut procéder à une véritable éradication et extirper la racine qui plonge dans le derme cutané ».

Cependant, le traitement chirurgical n'est pas sans inconvénient, car il laisse parfois la trace d'interventions larges et déplaisantes dans certaines régions. Nous lui préférons donc pour le botryomycome de la joue et des lèvres un traitement non sanglant, qui, d'ailleurs, sera aussi plus facilement accepté.

II. — *Traitement radiothérapique.*

Nous en trouvons un exposé complet dans la thèse de Torlais, qui présente de bons résultats obtenus par le Professeur Dubreuilh. Lepennetier, dans la *Revue d'actinologie* de mars-avril 1933, souligne aussi les excellents résultats que lui a donnés ce traitement.

« La technique en est simple, dit-il, et nous a donné d'excellents résultats avec les constantes suivantes :

Tension, 120.000 V. environ; intensité, 3 mA.; filtre 1/10 à 2/10 et même sans filtre; dose, 12 à 15 H, suivant le volume de la tumeur. Cette dose est appliquée en une seule fois en ayant soin de déborder la masse et la boutonnière

dermique sous-jacente de 5 millimètres environ à l'aide d'un cache-plomb perforé approprié.

» Les suites habituelles sont les suivantes : assez rapidement la petite tumeur devient moins saignante et sa surface devient sèche, terne et même ridée. Puis un affaissement se produit, et, dans les cas que nous avons vus, la masse entière disparaît en trois ou quatre semaines, sans laisser de perte de substance dermique. La boutonnière ne se présente plus que comme une cicatrice rosée qui se régularise peu à peu et disparaît.

» Les pansements sont simples : huile goménolée à 50 p. 100 ou pommade au collargol faible. »

III. — *Traitement par les rayons ultra-violets.*

Les Docteurs Civatte et Champy, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, préconisent l'emploi des rayons ultra-violets (9 juin 1921).

En effet, après avoir employé sans succès la cautérisation, l'électrolyse (2 mA., 6 électropunctures de 1 minute 1/2 chacune), la radiothérapie (mais à trop faible dose probablement : 5 H sous 2/10 d'Al., rayons 6, 7 B), commencèrent un traitement par les rayons ultra-violets. Au bout de 11 irradiations de vingt minutes chacune (2.000 bougies, 20 centimètres de distance, feu nu), le botryomycome a disparu. Il ne reste plus qu'une légère cicatrice blanchâtre étoilée, probablement due à la biopsie.

IV. — *Traitement curiethérapique.*

P. Degrais (*Bulletin médical*, 16 févr. 1935) insiste sur les avantages de la curiethérapie et enregistre 32 succès sur 32 malades traités par lui au moyen de cette méthode.

TECHNIQUE. — « Celle-ci ne peut être précisée d'une façon absolue, car elle varie avec la forme, l'étendue et la localisation du bourgeon inflammatoire.

» Pour le traitement d'un bourgeon périunguéal, nous avons utilisé 3 tubes de 6 milligrammes Ra à paroi de 5/10 de millimètre platine, engainés, 1 millimètre Ag, filtre secondaire liège de 3 millimètres et gaze 2 millimètres; durée d'application, vingt-quatre heures.

» Dans un nodule inflammatoire de la langue, nous avons implanté 6 aiguilles de 2 milligrammes Ra, que nous avons laissées en place cinq jours. Cependant, le plus fréquemment, après anesthésie locale au liquide de Bonain, nous abrasons le bourgeon au galvanocautère et faisons une hémostase suffisante avec de la fibrine. Nous appliquons alors immédiatement un appareil à vernis, contenant 2 à 3 milligrammes Ra par centimètre carré, filtré par un plomb de 1/10 à 1/15 de centimètre et de la gaze. Selon l'épaisseur du filtre de plomb que régit le volume des tissus subsistants, la durée d'application varie de trois à six heures.

» Aucune réaction ne s'ensuit, et jamais nous n'avons eu à constater de récidives. Chez l'enfant ou chez les malades pusillanimes, les appareils à vernis ou les tubes peuvent, à eux seuls, assurer la guérison, à condition d'augmenter la dose, le filtrage et la durée d'application.

» La curiethérapie du bourgeon charnu inflammatoire, exempte de risques, est sans douleurs dans son application et certaine dans ses résultats, ce pourquoi il nous paraît utile d'en répandre les avantages. »

V. — *Traitement par les arsénobenzols.*

1° PAR LA VOIE INTERNE.

Gouin et Pouzin proposent le traitement du botryomycome par le 914 en injections intraveineuses, et ont obtenu 5 succès sur 6 cas, l'échec étant dû à ce que le malade ne put supporter le traitement du fait de son état général.

La technique qu'ils emploient est celle de toutes les injections intraveineuses. Les doses employées sont de 0 g. 30

pour la première injection; 0 g. 30 pour la deuxième, faite cinq ou six jours après; 0 g. 45 pour la troisième, si nécessaire; généralement, trois injections suffisent pour obtenir la guérison, qui se fait sans cicatrice. Il existe une petite réaction du côté du membre atteint, huit à dix heures après la piqûre. Les contre-indications sont celles de toute thérapeutique par le 914.

Les avantages sont appréciables puisque ne nécessitant aucune spécialisation; permettant au malade sa vie habituelle; trouvant son indication quelle que soit la localisation; ne présentant pas plus de risque que l'exérèse chirurgicale et ne laissant pas de cicatrice.

2° EN APPLICATIONS LOCALES.

Casazza (*Archives italiennes de dermatologie*, févr. 1931), par contre, par le 914 intraveineux a eu 3 échecs sur 3 cas traités.

Mais utilisant les arsénobenzols en applications locales, dans 4 cas l'auteur a obtenu un plein succès. Il appliquait une sorte de pommade, faite d'un mélange de vaseline et d'une solution de néojacol, et recouvrait d'un pansement; il se formait, à la surface de la petite tumeur, une croûte noirâtre dure; la tumeur se ratatinait et finissait par disparaître.

OBSERVATIONS

I. — *Botryomycose des lèvres.*

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

G... (Jean), 45 ans, entre dans le service de M. le Professeur Duvergey pour se faire opérer d'un adénome prostatique. Prostectomie en un temps le 9 janvier 1935, par M. le Professeur Duvergey sous rachianesthésie. Quinze jours après, le malade présente une orchite et un œdème de la verge. Au cours de son séjour à l'hôpital, on constate aussi que le malade présente une petite tumeur du volume d'une fraise un peu framboisée, rouge vif, saignant facilement et apparue depuis environ six mois à la suite d'une morsure et siégeant à la commissure gauche des lèvres. Cette tumeur stationnaire aujourd'hui a augmenté de volume progressivement et gêne la mastication.

Ablation le 29 janvier 1935, sous anesthésie locale, par le Professeur Duvergey. Bains de bouche fréquents. Le malade n'est pas revenu depuis, ce qui laisse supposer qu'il est guéri.

Examen microscopique (fait par M. le Professeur Sabrazès, le 6 février 1935). Croûte périphérique encadrée par une muqueuse papillaire. Stroma formé par un tissu angiofibromatoïde et angiofibromateux avec de très nombreuses télangiectasies et peu de microbes. Par endroits, territoires de fibrocytes broussailleux. Cela répond bien à la constitution d'un botryomycome.

A noter qu'en face du botryomycome il existe un chicot et une dent manque.

OBSERVATION II.

(SAVARIAUD et DEGUY, 1900; in thèse HUREZ, Paris, 1924.)

Jeune fille de 17 ans, présentant une petite tumeur pédiculée de la lèvre inférieure. Du volume d'une noisette, recouverte de croûtes et de matière pultacées, elle a une coloration gris sale, s'estompant sur un fond rouge. Elle est indolente, de consistance charnue et sujette à de petits suintements sanguins. Elle est apparue en trois semaines sans traumatisme évident. Pas de ganglions; le diagnostic de botryomycome est porté. Excision. Guérison.

OBSERVATION III.

(TERRIER, Société de chirurgie, 4 mars 1900.)

Tumeur siégeant au bord libre de la lèvre inférieure, violacée, ulcérée, et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Excision. Guérison.

Examen microscopique. — Bourgeon charnu, présentant seulement vers sa base des traces d'organisation fibreuse. Pas d'amas muriformes, de botryomyces, ni de proliférations glandulaires. A la culture : staphylocoque doré.

OBSERVATION IV.

(BALZER et ALQUIER, *Ann. de dermat. et syphil.*, 1901.)

Petite tumeur grosse comme une lentille, développée sans cause sur la lèvre inférieure, près de la commissure.

Examen histologique non caractéristique.

OBSERVATION V.

(DELORE, *Gazette des hôp.*, 28 oct. 1902.)

Femme de 33 ans, présentant sur la lèvre inférieure une petite tumeur du volume d'un pois, ulcérée, saignante, aplatie et pédi-

culisée, présentant tous les caractères d'un botryomycome. Développement en trois mois sans cause apparente. Elle se détacha spontanément et ne récidiva point.

Quinze jours après le début du premier botryomycome, une tumeur identique se développe à la face palmaire du pouce gauche. Mêmes caractères. Hémorragies. Excision. Guérison.

Examen histologique. — Structure du botryomycome.

OBSERVATION VI.

(PICQUÉ, Soc. de chir., févr. 1903.)

Mme veuve G..., 53 ans, internée, présente sans cause connue, à la partie moyenne de la lèvre inférieure, une tumeur pédiculée, du volume d'une noisette, de coloration gris rosé. Excision. Suture. Guérison.

Examen histologique. — Zone centrale, structure d'un angiome; zone périphérique, nécrose. Isolement d'un coccus identique au staphylocoque.

OBSERVATION VII.

(LEGROUX, thèse Paris, 1903-1904, obs. LIII.)

F..., 32 ans. Maçon, fumeur. Porte à la lèvre inférieure, non loin de la commissure droite, une petite tumeur du volume d'un pois, ulcérée, saignante. Excision. Guérison.

L'examen histologique confirme le diagnostic de botryomycose : tissu de granulation jeune, avec de nombreux vaisseaux embryonnaires dilatés. A la périphérie, infiltration leucocytaire intense, figures de désintégration nucléaire.

OBSERVATION VIII.

(LE BERRE, thèse Paris, 1903-1904, obs. XL.)

M... se coupe avec un rasoir à la lèvre inférieure. Huit jours après, léger boursoufflement; un mois après, la tumeur est cons-

tituée. Malgré des cautérisations, elle augmente. Allongée, pendante, elle n'a pas de disposition nette au champignon. Pas d'adénite. Excision. Guérison. Les cultures donnent du staphylocoque doré.

OBSERVATION IX.

(PIOLLET, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1904.)

Botryomycome de la lèvre inférieure, siégeant sur la face interne de la muqueuse. Ablation. Guérison. Femme de 27 ans, présentant une petite tumeur framboisiforme, hémorragique, indolente, apparue quinze jours après une excoriation. Les quelques applications de teinture d'iode que la malade fit donnèrent un coup de fouet à la tumeur.

Constitution : bourgeon charnu très vasculaire. Pas de grains jaunes.

OBSERVATION X.

(NOURY, thèse Bordeaux, 1905-1906, obs. I.)

N..., 30 ans, brosière, présente sur la lèvre inférieure, près de la ligne médiane, une tumeur datant de deux mois et ayant débuté à la suite d'un abcès dentaire. Tumeur du volume d'un pois, arrondie, recouverte de croûtelles brunâtres, pédiculée, hémorragique, indolente, non indurée, de consistance ferme. Pas de ganglions. Dentition mauvaise.

OBSERVATION XI.

(NOURY, thèse Bordeaux, 1905-1906, obs. II.)

L..., 42 ans. Maçon. Présente sur la lèvre inférieure, à la suite d'une morsure, une tumeur du volume d'une noisette, arrondie, pédiculée, ulcérée et hémorragique, indolente et de consistance rénitente. Excision. Guérison.

OBSERVATION XII.

(HARTMANN, Soc. de chir., 28 mars 1906.)

L'auteur présente un cas de botryomycome de la lèvre inférieure. Pas d'observation.

OBSERVATION XIII.

(PIOLLET et ARGAUD, *Prov. méd.*, avril 1907.)

Jeune homme de 16 ans présente une petite tumeur de la face interne de la lèvre inférieure, survenue depuis deux mois, sans cause connue. Tumeur rosée, mamelonnée, ulcérée, saignante. Pédiculée, elle s'insère sur une partie un peu ulcérée et épaissie de la muqueuse. Excision. Guérison.

Examen histologique. — Petite tumeur pédiculée, très vascularisée, revêtue d'une coque fibrineuse et nous montrant de dehors en dedans presque toutes les phases de développement du tissu conjonctif. C'est un bourgeon charnu, avec cette caractéristique spéciale de sa vascularisation intense, à aspect parfois télangiectasique.

OBSERVATION XIV.

(Prof. DUVERGEY, *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 16 nov. 1908.)

Femme de 45 ans, présentant, au niveau du bord libre de la lèvre inférieure, en pleine muqueuse, une petite tumeur du volume d'un noyau de cerise, apparue depuis deux mois sans traumatisme évident. Tumeur irrégulière, sessile, mais surplombant le tissu voisin, de coloration foncée, recouverte de croûtes hématiques et hémorragiques. Elle est indolente. Pas d'adénopathie. Excision. Guérison.

Examen histologique (Sabrazès). — Cette tumeur est revêtue d'une sorte de croûte hématique, qui s'est substituée au revêtement épithélial de la lèvre sur les 3/4 de son pourtour. Il y a un reste d'épithélium qui présente un peu d'hyperkératose en un point de cette production. Au-dessous de la croûte est une zone

de cellules à noyaux picnotiques, leucocytes polynucléés et lymphocytes surtout plus ou moins désorganisés. Plus profondément, il existe une charpente conjonctive à noyaux denses, entrecoupés de cellules denses, autour de vaisseaux jeunes, parfois même incomplètement formés. Il y a des lacs sanguins et un bon nombre de vaisseaux lymphatiques jeunes. Quelques mastzellen assez nombreux par places et un bon nombre de cellules plasmatiques.

OBSERVATION XV.

(PATRY, *Bull. Soc. anat.*, 26 juin 1908.)

M... (P.), 64 ans, camionneur (chevaux), présente une petite tumeur de la lèvre inférieure en un point que vient traumatiser l'incisive supérieure droite ébréchée. Le début remonte à deux mois. Le malade y fait quelques attouchements au nitrate d'argent, mais la papule bourgeonne et saigne au lieu de se cicatriser. Actuellement, tumeur de la grosseur d'une noisette et ayant l'aspct clinique du botryomycome. Pas de ganglions. Excision. Guérison. Srtucture du botryomycome confirmée par l'examen histologique.

OBSERVATIONS XVI et XVII.

(REITMANN, *Archiv. für dermatologie und syphilis*, 1909.)

Nous n'avons pu nous procurer ces deux observations.

OBSERVATION XVIII.

(TRUFFI.)

Nous n'avons pu nous la procurer.

OBSERVATION XIX.

(LENORMAND, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1910, p. 164.)

Homme de 40 ans, présentant une tumeur de la grosseur d'un pois, siégeant à la lèvre inférieure, en face de la canine droite.

Pédiculée, de consistance ferme, rouge vif, saignant facilement, elle est apparue en quelques semaines sans traumatisme antérieur. Elle est indolente. Pas d'adénopathie. Le reste de la lèvre est souple et normal. Excision. Guérison.

OBSERVATION XX.

(POUZIN, thèse Paris, 1927.)

Femme de 33 ans cultivatrice, enceinte de six mois, présente à la lèvre inférieure une tumeur de la grosseur d'une cerise datant de deux mois et présentant tous les caractères du botryomycome. Excision. Guérison. A signaler le caractère angiomateux du botryomycome de la lèvre.

OBSERVATION XXI.

(Docteurs CIVATTE et CHAMPY, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 9 juin 1921.)

Mme M..., 25 ans, présente sur la moitié gauche de la semi-muqueuse de la lèvre inférieure une petite tumeur du volume d'un pois et ayant l'aspect clinique du botryomycome.

Après cautérisations, électrolyses (3 séances, 2 mA., 6 électropuncturés de 1 minute 1/2 chacune), radiothérapie (1 séance 5 H sous 2/10 d'Al, rayons 6-7 B), pas de changement.

Biopsie: — Botryomycome très bien caractérisé avec un prolongement extraordinairement profond dans les tissus sous-jacents. Aspect angiomateux de la tumeur. Quinze jours après la biopsie, le bourgeon s'est reproduit et nous commençons un traitement par les rayons ultra-violets. Au bout de 11 irradiations de vingt minutes chacune (2.000 bougies, 20 centimètres de distance; feu nu, le botryomycome a disparu.

OBSERVATIONS XXII à XXVIII.

(Thèse de TORLAIS, Bordeaux, 1922.)

XXII (Prof. W. DUBREUILH). — Femme enceinte présentant depuis 1 mois et demi, à la suite d'un bouton écorché, une petite tu-

meur appendue à la lèvre inférieure, à l'union de la peau et de la muqueuse, et ayant tous les caractères cliniques du botryomycome. Après l'accouchement, elle a diminué plutôt qu'augmenté.

XXIII (Prof. W. DUBREUILH). — Homme, 49 ans, voyageur de commerce. Lèvre inférieure, à la suite d'une écorchure de rasoir, tumeur grosse comme un pois, molle, saignant facilement. Un petit ganglion sous-maxillaire à droite. Extirpation à la curette. Application de nitrate d'argent. Guérison.

XXIV. — Botryomycome de la lèvre supérieure chez une jeune fille de 17 ans. Tissu d'angiofibromè avec nids de polynucléés. Croûte hématique périphérique. Amas microbiens dans la croûte (staphylocoques) entourés d'une gangue amorphe. Mastzellen et éosinophiles en grand nombre.

XXV. — Botryomycome ayant fait suite à une érosion superficielle de la lèvre. Foyers d'infiltration cellulaire alternant avec des bandes de tissus fibreux. Polynucléés dans les couches périphériques. Cocci en nombre discret à la périphérie. Foyers granulomateux formés de cellules conjonctives, de cellules fusiformes, de cellules plasmatiques et lymphocytoïdes.

XXVI. — Botryomycome de la lèvre inférieure (face muqueuse) ayant fait suite à un traumatisme. Tissu conjonctif en voie d'organisation fibreuse, avec nombreux vaisseaux, entouré d'une muqueuse papillaire, coiffée d'une croûte fibrino hémorragique. Cultures staphylococciques sous forme d'amas denses dans la croûte. Nombreux vaisseaux néoformés. Territoires muqueux.

XXVII. — Botryomycome de la lèvre. Tissu angiofibromateux, très riche en fibroblastes et parsemé de lacs sanguins. On voit des cellules se différencier en cellules vasoformatrices. Tous les intermédiaires entre le tissu inflammatoire et les formations angioma-teuses et le tissu fibreux avec vaisseaux à parois propres.

XXVIII (Prof. W. DUBREUILH). — Botryomycome de la lèvre inférieure chez une jeune fille de 16 ans. Tumeur formée par un tissu du type sarcomateux avec des cellules fusiformes allongées

groupées en faisceaux. Figures de karyokinèse nombreuses, cependant les cellules sont moins tassées que dans un véritable sarcome. Par endroits, fragments de tissu musculaire, englobés au milieu de cellules sarcoides. Foyers inflammatoires nombreux. Croûte périphérique formée de polynucléés. Présence d'amas microbiens entourés d'une gangue amorphe. Mastzellen surtout à l'intérieur de la néoformation. Peu de cellules plasmatiques. Pas d'éosinophiles.

OBSERVATION XXIX.

(HUREZ, thèse Paris, 1924.)

L... (Louise), 13 ans, présente une petite tumeur de la lèvre inférieure ayant tous les caractères d'un botryomycome. Début spontané il y a six mois. Pas de ganglions.

Traitement : Neige carbonique ; cryocautère, 5 applications (1 kilo 1 minute); pas de changement; ablation au galvanocautère et électropuncture deux fois au niveau du point d'implantation du pédicule. Guérison.

OBSERVATION XXX.

(NICOLAS, LEBŒUF, MICHEL,

Soc. franç. de dermat. et de syphil., 19 déc. 1929.)

Double botryomycome de la lèvre supérieure développé sur de petites tumeurs kystiques. Tumeurs apparues il y a trois mois à la suite de mordillements incessants du malade des petites productions kystiques.

OBSERVATION XXXI.

(P. DEGRAIS, *Bulletin méd.*, 16 févr. 1935.)

Sur 32 observations, l'auteur signale 1 cas localisé à la lèvre. Nous n'avons pu nous procurer cette observation.

II. — *Botryomycomes des joues.*

OBSERVATION I.

(SPOURGITIS, thèse Paris, 1900.)

C..., menuisier. Ecorché à la joue, il y a six semaines, par un éclat de hêtre, présente actuellement une tumeur de la grosseur d'un pois, ulcérée, saignante, rattachée à la peau par un pédicule mince. Excision. Guérison.

OBSERVATION II.

(LEGROUX, thèse Paris, 1903, 1904, obs. L.)

Homme de 64 ans, rentier, présente sur la joue gauche une tumeur datant de deux mois et apparue sans traumatisme constaté. Aspect clinique typique du botryomycome. Excision. Guérison.

Examen bactériologique : Staphylocoques.

Examen anatomo-pathologique : Structure de bourgeon charnu très vasculaire, en voie d'organisation fibreuse. Polynucléaires et gros lymphocytes dans les vaisseaux à structure de capillaires. Mastzellen disséminés. Staphylocoques à la périphérie. Glandes sudoripares normales dans le derme.

OBSERVATION III.

(CALDAGUÈS, *Bull. Soc. anat.*, 1906, p. 569.)

Mme C..., 76 ans, ménagère, présente à la joue une tumeur ayant l'aspect d'une framboise, pédiculée, rouge violacée, hémorragique et indolore. Survenue sans cause apparente il y a trois semaines. Excision. Guérison.

OBSERVATION IV.

(BOUCHET, *Soc. anat. de Paris*, 1907, p. 335.)

Homme 22 ans, présente à la face externe de la joue droite une tumeur de la grosseur d'un pois, ayant l'aspect clinique du botryomycome et saignant abondamment au moindre contact.

L'examen microscopique confirme le diagnostic. Nombreux staphylocoques à la périphérie. Quelques-uns à la partie centrale.

OBSERVATION V.

(REITMANN, *Archiv für dermatologie und syphilis*, 1909.)

L'auteur signale 4 cas de botryomycose de la joue.

OBSERVATION VI.

(MOUCHET, *Bull. Soc. anat.*, 1910, p. 130.)

Homme 56 ans, présente à la joue droite une tumeur ayant l'aspect d'une framboise et apparue à la suite de la coupure d'une verrue par le rasoir. Botryomycome typique aussi bien au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique. Structure d'angiofibrome. Excision. Guérison.

OBSERVATION VII.

(SPIRE, thèse Bordeaux, 1921.)

« Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le Professeur Villar 2 cas de petites tumeurs dont les symptômes cliniques étaient ceux du botryomycome. L'une d'elles était sur la joue... »

OBSERVATION VIII.

(TORLAIS, thèse Bordeaux, 1922, obs. VI.)

Enfant de 4 ans, a sur la joue droite, depuis un mois, à la suite d'un bouton blanc écorché, d'applications de teinture d'iode et

d'eau oxygénée, une petite tumeur pédiculée. Au début, cela ressemblait à une verrue. L'aspect est celui d'un grain de blé, d'un rouge vineux, saignant quand on le dégage de sa croûte.

Tissu conjonctivo-angiectasique, infiltré de polynucléés, de lymphocytes, de matszellen par foyers, avec rares plasmocytes et rarissimes éosinophiles. Cocci en amas sous la croûte avec gangue gramnégative et colerette en bleu clair par le Giemsa. Staphylocoques Albus à la culture.

OBSERVATION IX.

(TORLAIS, thèse Bordeaux, 1922, obs. XXXIV.)

Tumeur pédiculée de la joue. Croûte périphérique anhyste, très infiltrée de polynucléés. Epiderme hyperkératosique. Tissu de granulation très infiltré de polynucléés et de lymphocytes, traversé de bandes fibreuses abondantes, surtout dans le pédicule. Foyers hémorragiques disséminés. Éléments glandulaires en différents points, dont certaines cellules ont un protoplasma granuleux. Bandes de tissu musculaire dans la profondeur, infiltré de polynucléés.

OBSERVATION X.

(P. DEGRAIS, *Bull. médical*, 16 févr. 1935.)

L'auteur, sur 32 cas de botryomycome, cite un cas localisé à la joue et guéri par la curiethérapie.

CONCLUSIONS

I. — Le terme de botryomycome, employé pour désigner la petite tumeur si caractéristique au point de vue clinique, est un terme impropre, car cette production n'est pas due à un champignon.

II. — Le botryomycome des lèvres représente 9 p. 100 des cas. La localisation à la lèvre inférieure est la plus fréquente : 29 cas sur 32 observations; puis ensuite à la lèvre supérieure : 2 cas, et aux commissures : 1 cas. Cette localisation fréquente à la lèvre inférieure semble être en rapport avec les petits traumatismes continuels que cette lèvre subit du fait de sa position vis-à-vis du tranchant des incisives supérieures.

Le botryomycome de la joue représente 3 p. 100 des cas.

Le botryomycome est une petite tumeur bénigne post-traumatique, sorte de bourgeon charnu un peu différencié et suppurant par microbes banaux.

Le germe le plus souvent rencontré est le staphylocoque.

III. — Au point de vue histo-pathologique, les botryomycomes des lèvres et de la joue ne diffèrent pas sensiblement des autres botryomycomes de l'économie. On peut retrouver la néoformation des lèvres dans les catégories I, II, IV, V et IX et celle de la joue dans les variétés I, II, III, IV, V et IX de la classification de Sabrazès et Torlais, et, si l'on considère les polypes de la face interne des joues, à la variété VIII.

A noter cependant, pour les lèvres, le caractère de vascularité très accentué; pour les joues, la présence de tissu

graisseux et de glandes sudoripares que nous ne trouverons jamais aux lèvres.

IV. — Au point de vue clinique, l'aspect du botryomycome de la joue ou des lèvres est semblable à celui des autres régions. Par suite de son énorme vascularisation, le botryomycome des lèvres est néanmoins plus hémorragipare et cause peut-être une gêne fonctionnelle plus grande du fait de sa situation.

Le botryomycome peut parfois être confondu avec l'épithélioma ou le sarcome, et pour affirmer le diagnostic il faudra toujours avoir recours à un examen anatomo-pathologique.

V. — Le botryomycome est une tumeur bénigne qui ne récidive pas si l'exérèse chirurgicale a été bien faite, et ce traitement est évidemment le plus simple et devra être employé toutes les fois qu'il sera possible, ou lorsque les circonstances dans lesquelles sera placé l'opérateur ne lui permettront pas d'utiliser la thérapeutique non sanglante. Celle-ci, représentée par la radiothérapie, la curiethérapie, les rayons ultra-violets et les arsénobenzols, pourra être employée pour éviter des interventions trop larges ou des cicatrices vicieuses. Elle sera d'ailleurs parfois mieux acceptée par le malade.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 5 décembre 1935.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLENET. — Botryomycose humaine, thèse Lyon, 1909.
- ANTUNES. — Botryomycome humain. *Ann. d'anat. path.*, t. V, mars 1928, p. 251.
- AUCHÉ et CHAVANNAZ. — Un cas de botryomycose humaine. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1902.
- BALZER et ALGUIER. — Petite tumeur de la lèvre simulant la botryomycose. *Bull. de la Soc. de dermat.*, mars 1901.
- BERGONIE et TRIBONDEAU. — Congrès de Clermont-Ferrand. *Arch. d'électr. méd.*, 1908.
- BOUCHUT. — Botryomycose de la joue. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, séance 19 avril 1907.
- CALDAGUÈS. — Botryomycome de la joue. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1906, p. 569.
- CASAZZA. — Sur la fausse botryomycose humaine. *Archiv. ital. de dermat. et syphil.*, oct. 1928.
- Sur le traitement de la fausse botryomycose humaine au moyen des arsénobenzols. *Arch. ital. de dermat. et syphil.*, févr. 1931.
- CIVATTE et CHARPY. — Botryomycome de la lèvre guéri par les ultraviolets. *Soc. de dermat.*, 9 juin 1921.
- DEGRAIS. — Le bourgeon charnu inflammatoire. Son traitement par le radium. *Bulletin médical*, 16 févr. 1935.
- DELORE. — Botryomycose. Congrès de chirurgie, 1902.
- DE LAVERGNE et MICHON. — Etude d'un cas de botryomycome. Réunion dermat. de Nancy, 26 janv. 1927.
- DONI. — Botryomykose an den lippen. *Woch. für Thierbeilk.*, 1908, Bd. III, S. 339.
- DUVERGEY. — Sur un cas de botryomycose de la lèvre inférieure. *Bull. de la Soc. anat. de Bordeaux*, 16 nov. 1908.

- DUVERGEY. — Botryomycose et accidents du travail. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1911, p. 232-233.
- ETIENNE et AIMES. — Un cas de botryomycose. *Montpellier médical*, 1913, p. 22-25.
- FILHO. — Conception actuelle de la botryomycose. *Amiaès Braesi-leiros de dermat. et syphil.*, 1932, p. 17.
- GANNETT. — Botryomycose. *Sthace N.-Y.*, 1916, p. 523-527.
- GEIGER. — Sur l'étiologie et la pathogénèse du botryomycome. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1930, p. 469.
- GREGGIO. — Les cellules granuleuses (Mastzellen) dans les tissus normaux et dans certaines maladies chirurgicales. *Arch. de méd. exp. et d'anat.-pathol.*, 1911, p. 321.
- GOUIN et POUZIN. — Traitement du botryomycome par les injections intraveineuses de novarsénobenzol. *Rev. de dermat. et vénér.*, juin 1926.
- GUITARD. — Polypes de la cavité buccale. Thèse Bordeaux, 1895.
- HARTMANN. — Discussion sur la botryomycose. *Bull. de la Soc. chir.*, Paris, 1906.
- HUREZ. — Contribution à l'étude des botryomycomes buccaux. Thèse Paris, 1924.
- JULLIARD. — Un cas de botryomycose humaine à localisation double. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1911, p. 501.
- LE BERRE. — Contribution à l'étude de la botryomycose. Thèse Paris, 1904.
- LEGROUX. — La botryomycose. Thèse Paris, 1903-1904.
- LENORMAND. — Sur la prétendue botryomycose humaine. *Ann. de dermat. et syphil.*, avril 1910.
- LEPENNETIER. — Traitement physiothérapique du botryomycome. *Revue d'actinologie*, mars-avril 1933.
- MAGROU. — Les grains botryomycosiques. Thèse Paris, 1914.
- MAHRAS. — De la pseudo-botryomycose. *Giornale ital. de Dermat. et Syphil.*, févr. 1931.
- MARIN. — Le botryomycome de la bouche. *Union méd. du Canada*, janv. 1934.
- MARTINOWA. — Sur la soi-disant botryomycose de l'homme. *Arch. für Dermat. et Syphil.*, 1930.

- MASSON. — Plaie de guerre botryomycosique. *C. R. de la Soc. biol.*, t. LXXXI, 26 juin 1918.
- MOUCHET. — Botryomycose de la joue chez un adulte. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1910, 130-132.
- NICOLAS, LEBŒUF et MICHEL. — Double botryomycome de la lèvre supérieure développé sur des tumeurs kystiques. *Soc. franç. de dermat.*, 19 déc. 1929.
- NOURY. — Contribution à l'étude des tumeurs botryomycosiques de la lèvre. Thèse Bordeaux, 1906.
- PÉRIN. — Le botryomycome chez l'homme. *Rev. franç. de dermat. et de vénérol.*, avril 1926.
- PICQUÉ. — Note sur deux tumeurs présentant l'apparence de la botryomycose humaine. *Soc. de chir. de Paris*, 12 févr. 1903.
- PIOLLET. — Botryomycose humaine. Trois nouvelles observations. *Gaz. des hôp. de Paris*, 4 août 1904.
- PIOLLET et ARGAUD. — Sur un cas de botryomycose de la lèvre inférieure. *Province médicale*, 27 avril 1907.
- PONCET et DOR. — De la botryomycose humaine. Congrès de chirurgie, 1897.
- PONCET. — Botryomycose humaine. Cinq observations inédites. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 305-316.
- POUZIN. — Du botryomycome et de son traitement par les injections intraveineuses de novarsénobenzol. Thèse Paris, 1927.
- REITMANN. — Über des Telaugiektatische Granulome Küttner. *Arch. für dermat. syphil.*, Vienne 1908, p. 185-198.
- ROOK. — Botryocoque et staphylocoque. *Nuova Vet.*, X, 9-20, 1932.
- SABRAZÈS. — Les polypes de la face interne des joues. *Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux*, 24 mai 1896; *Méd. moderne*, 22 sept. 1896.
- SABRAZÈS et RIVIÈRE. — Recherche sur l'action biologique des rayons X. *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 3 mai 1897.
- SABRAZÈS et BRENGUE. — Polypes de la face interne des joues. *Rev. internat. de méd. et de chir.*, 25 nov. 1898.
- SABRAZÈS et LAUBIC. — Non-spécificité de la botryomycose. *Arch. gén. de méd.*, 1899.

SAVARIAUD et DEGUY. — Deux cas de botryomycose humaine. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 12 avril 1901.

SPIRE. — Contribution à l'étude du botryomycome. Thèse Bordeaux, 1921.

SPOURGITIS. — La botryomycose humaine. Thèse Paris, 1900.

THIERRY. — Botryomycose. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907, p. 361.

TORLAIS. — La botryomycose chez l'homme et les animaux. Thèse Bordeaux, 1922.

VINCENT. — De la botryomycose humaine. Thèse Bordeaux, 1911-1912.

